**Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko lub**  **nazwa firmy pod którą działa Oferent** | |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/ mieszkania** |  |
| **NIP\*** |  | |
| **REGON\*** |  | |
| **nr dowodu osobistego** | **Seria …………numer…………………. wydany przez………………………………………** | |
| **PESEL** |  | |
| **Nazwisko rodowe** |  | |
| **Imiona rodziców** |  | |
| **adres email** |  | |
| **telefon** |  | |

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie kardiologii dziecięcej na rzecz pacjentów Instytut "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie *www.czd.pl*, w zakładce Konkursy ofert - ust. o działalności leczniczej i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5.1 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.

……................., dnia ……………….. ……………………………………..

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

**\* informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;**

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu kardiologii dziecięcej |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Oświadczenie o minimum 5-letnim doświadczeniu w samodzielnym wykonywaniu zabiegów z zakresu elektroterapii (załącznik nr 6 do Ogłoszenia) |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................ |  |  |

................................................. .................................................

Miejscowość i data  *(Podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ………………………….....………………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………......……………………………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie kardiologii dziecięcej na rzecz pacjentów Instytut "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka**

**Formularz cenowy**

**Kryterium: cena (należy uzupełnić)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** |  | **Wynagrodzenie za jedno świadczenie / za jedną godzinę** | **Maksymalna liczba świadczeń/godzin w trakcie trwania umowy** | **Łączna kwota świadczenia**  **w PLN brutto** |
|  | *1*  *(Wypełnia Oferent)* | *2* | *3=1x2*  *(Wypełnia Oferent)* |
| Wykonywanie zabiegów ablacji RF jako operator lub pierwsza asysta | | ……......……….. PLN/**za jedno świadczenie**  *(słownie)* | 480 świadczeń | A : ........................  PLN |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Kardiologii - wykonywanie i interpretacja badań, kwalifikacje i konsultacje | | …….....……….. PLN/**za jedną godzinę**  *(słownie)* | 2880 godzin | B : ........................  PLN |
| **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA A+B** | ..................................... PLN |

**Kryterium : jakość** Oświadczam, iż jestem osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem jest autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie kardiologii dziecięcej:1 (należy *wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak publikacji |  |
| B. | 1-4 publikacje w czasopismach |  |
| C. | 5 i więcej publikacji w czasopismach |  |

*1 W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o publikacjach, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty oraz nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

…………………., dnia ……………………… ……………………………...........………

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy- dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych:**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | |
| **1.** |  |

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis ………………………………..

LUB

**5b**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis ………………………………..

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że posiadam /że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada (niewłaściwe skreślić) minimum 5-letnie doświadczenie w samodzielnym wykonywaniu zabiegów z zakresu elektroterapii 1, 2:

Brak doświadczenia

minimum 5-letnie doświadczenie

1. Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane minimum 5-letniego doświadczenie w samodzielnym wykonywaniu zabiegów z zakresu elektroterapii

2. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym minimum 5-letnim doświadczeniu w samodzielnym wykonywaniu zabiegów z zakresu elektroterapii, Udzielający zamówienia wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )